附 件：

2024年省直机关困难职工申报表

**上报单位（工会盖章）：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 困难职工姓名\* | |  | | 身份证号码\* | |  | |
| 所在单位及职务\* | |  | | 手机号码\* | |  | |
| 家庭人口总数\* | |  | | 家庭**月纯收入**\* | |  | |
| **家庭现住址\*** | |  | | | | | |
| **社保卡开户行（具体到网点）\*** | |  | | | | | |
| **社保卡开户行行号/支付行号\*** | |  | | | | | |
| **社保卡银行卡号\*** | |  | | | | | |
| 困难原因\*  （限150字） | |  | | | | | |
| □低保 | □失业、低收入 | | □重特大疾病、伤残 | □突发事件、意外灾害 | □子女教育 | | □其它 |
| **我承诺,我所填写的报名信息真实准确，如有虚假愿意承担一切后果和责任。**  **本人签字：** | | | | **基层分会主席签字：** | | | |
| **支部书记签字：** | | | |

**家庭成员**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 年 龄 | 关 系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：①此表由本单位困难职工填写，本单位工会收回后，登陆省直机关工会信息平台网站（域名：gh.jljgdj.org）后在网站内按格式填报。此表格网上填报上传后，由本单位工会留存。②请认真录入网上每项内容，漏填表格视为无效，不予发放。③家庭人口总数是本人和其他家庭成员的总和。④家庭月纯收入:家庭的年度纯收入－年度刚性总支出/12。